

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 851

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Hubert-Louis-Alfred NICOLET

né à Vannes, le 29 septembre 1911

Contribution à l'Etude
des
Grands Kystes Embryonnaires
de l'Utérus

Président : M. CUNÉO, Professeur

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST
14, Rue du Pré-Botté,
RENNES

—
1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

Hubert-Louis-Alfred NICOLET

né à Vannes, le 29 septembre 1911

Contribution à l'Etude
des
Grands Kystes Embryonnaires
de l'Utérus

Président : M. CUNEO, Professeur

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST

14, Rue du Pré-Botté,
RENNES

—
1936

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	BEZANÇON.
Cardiologie clinique	MATHIEU.
	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri ...	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES...	Pathologie. chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ Henri	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY.....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ...	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE....	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT.		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE.

A MA FEMME.

AUX MIENS.

A MES AMIS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

MONSIEUR LE DOCTEUR CUNÉO,

Professeur de Clinique Chirurgicale.

qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre
vive gratitude.

A NOTRE MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUIS,
Professeur de Clinique Chirurgicale
à l'Hôtel-Dieu de Rennes.

qui nous a accepté trois ans dans son service, nous a inspiré le sujet de cette thèse, et n'a cessé pendant toutes nos études de nous prodiguer ses conseils.

Avec nos remerciements, qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A. MADAME LE DOCTEUR

M.-L. CHEVREL-BODIN

qui nous ouvrit aimablement son laboratoire et voulut bien faire nos examens histologiques avec son amabilité coutumière.

Qu'elle trouve ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
DE RENNES ET D'ORAN.

Hommage respectueux.

INTRODUCTION

Dans la littérature gynécologique classique, pourtant si considérable, les chapitres consacrés aux kystes de l'utérus sont extrêmement peu nombreux et très courts. Les kystes qui y sont traités ne sont pas véritablement des kystes utérins, mais par ordre de moindre fréquence, des fibromes dégénérés, des sarcomes pseudo-kystiques, des kystes dermoïdes et hydatiques qui sont exceptionnels, et des kystes muqueux qui ne sont qu'une dégénérescence de la muqueuse atteinte d'endométrite. Les kystes embryonnaires, plus ou moins ignorés dans les ouvrages classiques, ont été bien étudiés par SALVA MERCADE en 1905, dans sa thèse inaugurale. Dans cette thèse, un chapitre spécial était consacré à une variété de grands kystes à contenu clair ou hématique, dont on n'élucidait pas la pathogénie et qui étaient classés sous le vocable de « kystes séreux ». Il semble bien aujourd'hui, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, que ces kystes dits séreux doivent être rangés parmi les kystes embryonnaires. SALVA MERCADE a eu le mérite de le pressentir.

Dans cet ouvrage d'un volume restreint, notre but n'est pas de trancher définitivement la question qui est encore à l'étude, mais notre maître, M. le Professeur MARQUIS, ayant eu la bonne fortune d'opérer

une femme atteinte d'un de ces kystes, il nous a paru intéressant de savoir où en était la question maintenant.

Nous ne nous occuperons que des kystes du corps de l'utérus, et seulement des observations relativement récentes. Nous nous inspirerons des conclusions de FRANKL¹ et de VAUTRIN², nous bornant à rapporter ici les quelques observations qui nous ont paru les plus typiques : notre observation personnelle, deux observations de M. CHIFOLIAU, une observation de PRIBRAM, une observation de WITTENBURG, et enfin un cas cité récemment par le Professeur JEANNENEY dans le « Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest », à l'occasion d'une étude brève sur « les kystes de l'utérus ».

En résumé, après avoir fait un bref rappel de la formation embryogénique de l'utérus, nous étudierons macro et microscopiquement les différentes pièces opératoires provenant des six observations que nous citons, puis l'origine, le siège, la structure, la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des grands kystes embryonnaires de l'utérus, et finalement les conclusions qui nous paraissent découler de cette étude.

(1) FRANKL, *Uterucyst* (Arch. f. Gyn. T. XCIII, f. 3 1911).

(2) VAUTRIN, *Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale*. Ann. de Gyn. et d'Obst. Paris 1913, 2 s. X 352-371.

HISTORIQUE

L'histoire des kystes de l'utérus est relativement récente. En 1839, BOUVIER, dans le Bulletin de l'Académie Royale de Médecine, rapporte une observation de kyste intersticiel de l'utérus.

Quelques années plus tard, ATLÉE, dans l'*American Journal of the Medical Science*, en 1843, cite le cas d'un volumineux kyste de l'utérus. Quelle était la nature de ces tumeurs? Il est presque impossible de le dire; à cette époque, l'anatomie pathologique n'était pas née; d'autre part, des faits isolés n'ont pas grande valeur scientifique s'ils ne sont complétés par un bon examen histologique.

En 1847 paraît le mémoire de P. C. HUGUIER, sur les « kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin » ¹ :

« Nous désignerons sous le nom de kyste de la matrice de simples poches membraneuses, closes, uniloculaires, pédiculées ou sessiles, développées dans l'épaisseur de la substance utérine, ou bien sur une des surfaces; sur la membrane muqueuse ou sur la membrane séreuse qui la tapisse; renfermant du

(1) HUGUIER, *Mémoire sur les kystes de la matrice et les kystes folliculaires du vagin*. (Mém. de l. Soc. de Chir. de Paris, 1847, T. I., p. 241).

mucus, ou de la sérosité, et ayant pour siège essentiel le tissu cellulaire sous-séreux ou les follicules muqueux de l'utérus ».

Ainsi, à cette époque, on admettait l'existence de kystes utérins et on tentait de les classer, suivant leur localisation, en sous-séreux intersticiels et sous-muqueux; classification inexacte, car la situation du kyste n'implique pas forcément telle ou telle nature. Toutefois le mémoire d'HUGUIER est le premier travail important dans l'histoire des kystes de l'utérus.

En 1854, L.-A. FERRIER, dans sa thèse, signale l'existence des kystes de la muqueuse du corps de la matrice et en donne une bonne description avec cinq observations.

En 1857, GRENET fait dans sa thèse l'étude des kystes folliculaires de l'utérus.

DEMARQUAY, en 1876, rapporte dans son *Traité clinique des maladies de l'utérus* un cas de tumeur kystique.

En 1880, LEBEC, dans sa thèse sur les tumeurs fibro-kystiques et les kystes de l'utérus, les classe comme HUGUIER suivant leur siège, mais établit une distinction entre les kystes sous-péritonéaux, généralement multiples siégeant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et même jusque dans les ligaments larges, quelquefois si petits qu'ils peuvent passer inaperçus, et les kystes vrais, développés dans l'épaisseur des parois utérines, principalement dans le fond. Pour lui ces kystes ressemblent à de petites loges creusées dans l'épaisseur de la paroi utérine.

En 1884, RIEDER, dans un travail sur les canaux de GARTNER rapporte deux observations de kyste de

l'utérus, mais n'ose pas encore en faire des kystes wolffiens.

KLEIN, en 1890, admet les kystes du canal de Wolff et leur reconnaît comme éléments de diagnostic :

a) La structure de la paroi qui est constituée par une couche musculaire en dedans de laquelle se trouve une couche de tissu conjonctif doublé d'un épithélium cylindrique court déposé en une ou deux assises;

b) La topographie.

RECKLINGHAUSEN, en 1895, dans son mémoire sur « Les Adéno-myomes et les Cystadénomes de l'utérus et des trompes », signale ces kystes en les considérant comme des adénomes kystiques et leur attribue la même origine qu'aux adénomes des cornes utérines : le corps de Wolff.

KAUSSMANN en 1897, attribue à ces tumeurs une origine mullerienne et explique leur formation aux dépens des invaginations embryonnaires du canal de Müller.

Nous entrons alors dans la période de négation. Pendant quelques années, l'étude des kystes utérins va être délaissée, car la plupart des gynécologues nient leur existence.

En 1898, PERRET, dans un article intitulé « Les kystes de l'utérus », paru dans le « Lyon-Médical » du mois de juillet, prétend que les kystes séreux simples de l'utérus n'existent pas en tant que tumeurs primitives et distinctes.

DRUON, dans sa thèse de 1899, nie leur existence : « Quant aux kystes de l'utérus, dit-il, décrits autrefois

comme des productions alors essentielles, ayant une évolution propre et indépendante de tout processus néoplasique, ils ne sont plus admis à l'heure actuelle, on les considère comme des tumeurs kystiques dont la portion solide a subi dans sa totalité la transformation cavaire. »

La question est remise à l'ordre du jour en 1906, par SALVA MERCADE qui démontre, avec preuves anatomo-pathologiques à l'appui, qu' « il existe deux formations kystiques possibles dans l'utérus. Les unes sont fréquentes et se présentent comme complications ou dégénérescences de tumeurs primitives, telles que fibromes, sarcomes, ce sont les tumeurs fibro-kystiques dans lesquelles le kyste ne se présente que comme un élément surajouté et secondaire. Les autres où le kyste se présente comme une entité morbide isolée, évoluant pour son propre compte, pouvant coïncider avec d'autres lésions pathologiques de l'appareil génital, mais aussi pouvant se présenter comme phénomène unique en dehors de toute affection utérine » ¹. Les kystes embryonnaires que SALVA MERCADE décrit sont assez fréquents. Ils sont petits, siègent au voisinage des cornes utérines et sont tapissés par un épithélium d'origine müllérienne ou wolffienne. MERCADE garde encore pour les grands kystes utérins l'appellation de kystes séreux, bien qu'il soupçonne déjà, ainsi que nous l'avons dit dans l'Introduction, leur origine embryonnaire.

De 1906 à 1911 nous trouvons trois cas rapportés dans différentes revues, mais sans grand intérêt du point de vue morphologique. Il faut arriver à

(1) SALVA MERCADE, *Kystes et abcès de l'utérus*. (Thèse de Paris 1906).

FRANKL¹ pour avoir une observation, avec étude anatomo-pathologique poussée d'un grand kyste du corps de l'utérus. La même année, CHIFOLIAU en publie deux cas que nous transcrivons ci-après.

En 1912, DARDANELLI, de Turin, cite un cas opéré par lui, et à ce sujet, étudie longuement les différentes sortes de kystes utérins, sans toutefois définir exactement le cas qu'il rapporte².

DELER, dans sa thèse de Montpellier, en 1913, sur « Les kystes non congénitaux de l'utérus », place encore dans cette catégorie les kystes dits séreux; mais il est moins affirmatif, « en effet, dit-il, d'après des travaux récents, il semblerait que les kystes séreux ne sont autre chose que des kystes congénitaux développés aux dépens du corps de Wolff ou des canaux de Müller ».

La même année, VAUTRIN³ publie ses « Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale ».

MACCABRUNI, en 1922, étudie la même question dans sa « Contribution à l'étude des tumeurs kystiques de l'utérus »⁴.

En 1925, a lieu à la Société de Chirurgie de Lyon, une discussion sur les « kystes et pseudo-kystes de l'utérus »⁵. DUNET, résumant le débat, distingue :

(1) FRANKL, *Uterucyst*, Archiv. f. Gyn. T. XCIII f. 3. 1911.

(2) DARDANELLI (Turin), *Kystes de l'Utérus* (La Riforma Medica. T. XXVIII n° 38, 21 sept. 1912, p. 1048 à 1052).

(3) VAUTRIN. (Annales de Gyn. et d'Obst. Paris 1913, 352 à 371).

(4) MACCABRUNI. (Ann. di Ost. e Gyn. Milan. T. XLIV).

(5) Séance du 19 fév. 1925. Lyon Chirurgical, T. XXII-W 3.

1° Les kystes vrais qui possèdent toujours une membrane limitante, soit épithéliale (müllérienne ou wolffienne), soit endothéliale (lymphangiome), ils sont uniques, de contours réguliers et ont une face interne lisse;

2° Les pseudo-kystes, le plus souvent multiples, irréguliers, à parois tomentueuses, sans revêtement interne, s'observant dans les fibromes simples, les fibro-myomes et les sarcomes malins ».

En 1926, PRIBRAM publie un cas observé par lui, suivi d'une discussion anatomo-pathologique.

En 1928, STANCA cite lui aussi un cas personnel, qui n'est qu'une dégénérescence de la muqueuse atteinte d'endométrite, et en 1929, WITTENBURG et SLATMANN font de même. La première et la dernière de ces trois observations seront rapportées par nous, ci-après.

DWORZACK en 1932 signale un cas de kyste de la paroi utérine, avec cancer. Il rattache ces formations à des parties isolées de l'épithélium du Canal de Müller ¹.

Enfin, nous citons pour mémoire les observations publiées par :

HALBAN qui fait un rapport sur une tumeur de l'utérus grosse comme une tête d'adulte, tumeur formée d'un kyste gros comme une tête d'enfant et d'une dizaine de kystes plus petits. Il les considère comme des kystes adénomyomateux de Recklinghausen sans pénétrer plus profondément dans leur étiologie;

(1) DWORZACK, *Le grand kyste de l'utérus*. (Arch. f. Gyn., Berlin. Vol. C. L. fas. 3).

KÜSTER qui décrit un kyste de la grosseur d'un utérus à terme. Ce kyste sortait de l'enfoncement latéral gauche de l'utérus. Vraisemblablement, il provenait du canal de Gartner;

GOMBERT qui présente un cas de gros kyste de l'utérus. Il s'agissait d'une tumeur de la taille d'une tête d'enfant, développée sur la face gauche de l'utérus. La coupe montrait deux kystes gros comme le poing, entourés d'un grand nombre de kystes plus petits, d'une grosseur allant de la tête d'épingle à l'œuf de poule. GOMBERT les considère comme provenant du canal de Gartner;

HAMANN qui publie une observation rigoureusement identique à la précédente;

STUBBLER qui étudie un kyste médian de l'utérus, gros comme le poing. L'examen microscopique ne montrait pas de muqueuse, seulement une bordure épithéliale, sous laquelle par endroits, gisait un tissu semblable au stroma de la muqueuse utérine. La bordure d'épithélium était directement contiguë à la musculature utérine. STUBBLER en fait un kyste développé aux dépens de vestiges de canal de Müller.

Nous terminerons cet historique en citant la publication ultime qui nous paraît avoir été faite sur la question des kystes de l'utérus : un article du Professeur JEANNENEY « Kystes de l'utérus »¹ datant de novembre 1935. Cet article contient deux observations. Nous ne citerons que la seconde, car il n'a pas été fait, pour la première, d'examen histologique, et cette tumeur nous paraît être un sarcome dégénéré.

(1) JEANNENEY, *Kystes de l'Utérus*. (Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O. Nov. 35).

BREF RAPPEL DE LA FORMATION EMBRYOGENIQUE DE L'UTERUS (Planche I).

Les organes génitaux proviennent des corps de Wolff et des canaux qui en émanent. Les corps de Wolff sont constitués par des canalicules qui viennent s'aboucher dans un canal collecteur, appelé canal de Wolff. Sur la partie supérieure et interne des corps de Wolff se dressent l'éminence génitale qui les séparent en deux parties : l'une, supérieure, génitale; l'autre, inférieure, urinaire.

En avant et en dehors des corps de Wolff descendent deux canaux : le canal de Wolff et le canal de Müller. Ils descendent ensemble, formant le cordon uro-génital. Chez la femme, le corps de Wolff s'atrophie. Sa partie génitale devient l'époophore ou organe de Rosenmüller; sa partie urinaire, le paroophore, qui se présente sous la forme de petites vésicules groupées dans la partie interne du mésosalpinx, au voisinage de l'angle latéral de l'utérus.

L'éminence génitale forme l'ovaire. Le canal de Wolff s'atrophie et devient canal de Gaertner.

Seuls les deux canaux de Müller, qui occupent la partie interne de chaque cordon uro-génital, persistent. L'orifice supérieur péritonéal libre formera les pavillons tubaires, leur partie supérieure indépendante et latérale donnera naissance à la trompe.

Leurs parties moyennes s'accolent, se fusionnent en un conduit médian, unique, le canal uro-génital, dont la partie supérieure sera l'utérus, l'inférieure le vagin.

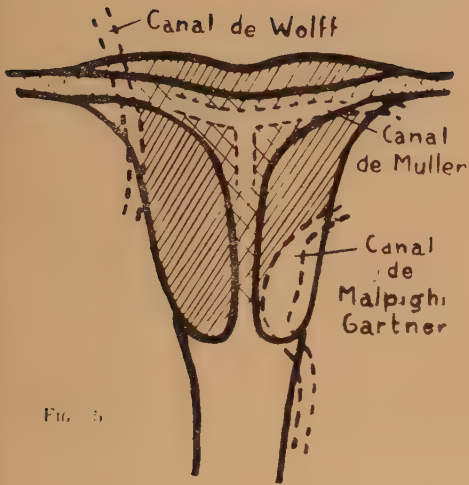


Fig. 5.

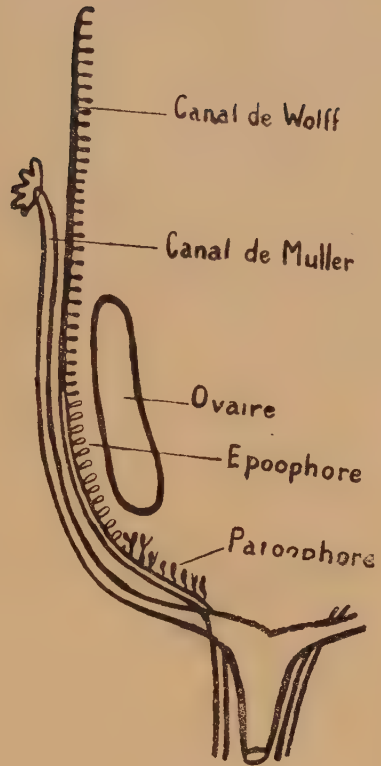


Fig. 6.

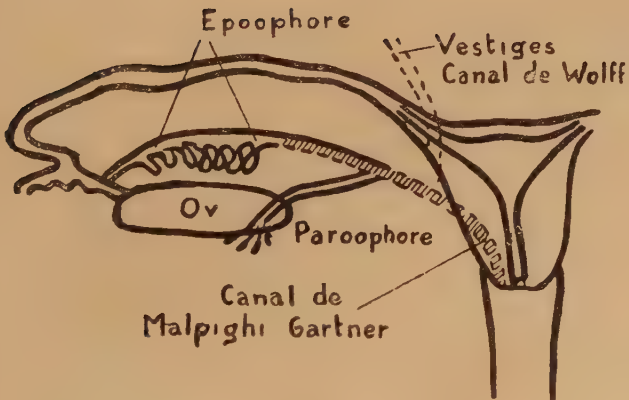


PLANCHE I. — Professeur JEANNENEY : « Kystes de l'Utérus »
(Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O., 10 novembre 35, p. 817-818).

Etude macroscopique et microscopique des pièces opératoires provenant des observations citées

PIECE OPERATOIRE DE M. LE PROFESSEUR MARQUIS

(Observation personnelle)

EXAMEN MACROSCOPIQUE (Planche I)

La tumeur est constituée par un énorme kyste de la taille d'un utérus gravide à six mois. Ce kyste s'insère sur la ligne médiane du fond de l'utérus par un pédicule gros et court, d'environ trois centimètres de long.

La section médiane de la base de la tumeur montre inclus dans la paroi qui lui fait suite immédiatement un fibrome de la grosseur du poing.

Ce kyste est uniloculaire, constitué par une immense poche.

La paroi du kyste fait penser à celle d'un kyste de l'ovaire, sauf à la partie inférieure où elle est beaucoup plus épaisse. D'un à deux millimètres d'épaisseur dans les parties moyenne et haute, elle arrive à mesurer à la base près d'un centimètre et demi. Cette paroi continue directement celle du fibrome sous-jacent.

La surface interne du kyste est lisse.

Le liquide contenu dans la poche est d'une densité voisine de celle de l'eau et de couleur légèrement rosée.

Le reste de la pièce, utérus et annexes, est tout à fait normal. Pas la moindre trace de production kystique sur les ovaires.

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Planche III)

L'examen du liquide kystique n'a montré que de rares globules rouges.

La paroi du kyste apparaît constituée par deux plans distincts. Le plan superficiel est formé par des fibres musculaires lisses disposées longitudinalement. Entre ces fibres musculaires, s'insinuent quelques éléments conjonctifs fibreux. On remarque, en outre, dans cette couche superficielle quelques vaisseaux à paroi mince, à revêtement endothéliforme. Le plan profond est constitué de façon identique, par des fibres musculaires lisses entre lesquelles est interposé un tissu conjonctif dense, mais les fibres musculaires sont ici disposées perpendiculairement aux fibres musculaires de la couche précédente. Dans cette couche interne se trouvent également des vaisseaux plus nombreux à paroi plus épaisse.

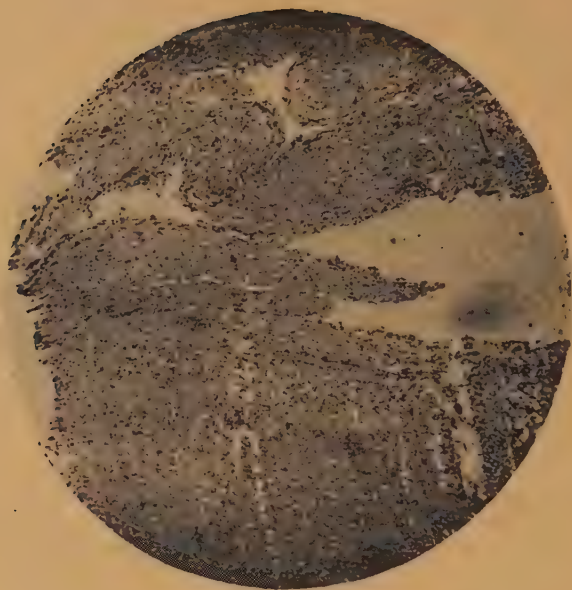
En aucun point de la paroi du kyste, il n'a été possible de mettre en évidence un revêtement épithélial.

ORIGINE

Nous avons pensé que ce kyste était d'origine embryonnaire, à cause de sa situation, et de ses aspects macroscopique et microscopique. Nous allons rapidement passer en revue ce qu'il eût pu être.



PLANCHE II. — *Vue d'ensemble de la tumeur.* — K : Poche kystique. - F : Fibrome. - U : Utérus et annexes (Observation personnelle).



Examen microscopique. — A : *Paroi du kyste*
(grossissement : 78)
(Observation personnelle)

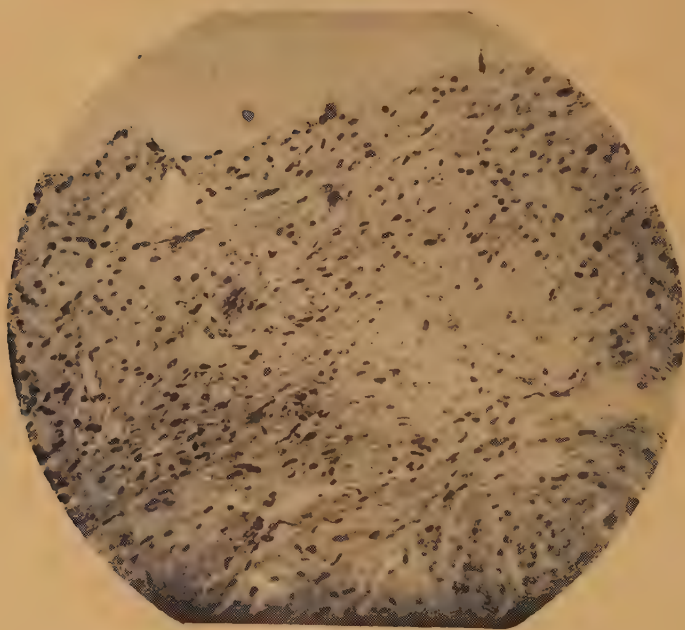


PLANCHE III
B : *Détail de la couche longitudinale* (grossissement : 275)

La première chose à envisager est le fibrome kystique. Nous rappelons brièvement l'aspect de ces tumeurs, pour éliminer ce point de vue. La dégénérescence kystique des fibromes est fréquente et bien connue depuis longtemps. Elle a été particulièrement étudiée par M. PIQUAND dans sa thèse sur « Les dégénérescences des fibro-myomes de l'Utérus »¹. La poche kystique des fibromes dégénérés est rarement unique; au contraire, la coupe verticale de ces tumeurs montre un nombre plus ou moins grand de cavités ou géodes, de dimensions variables, à parois le plus souvent épaisses. « La face interne de ces cavités, écrit M. PIQUAND, est rarement lisse, le plus souvent irrégulière, mamelonnée, tomentueuse; dans quelques cas, elle est végétante et vilieuse; d'autres fois, elle semble s'exfolier sous forme de lambeaux membraneux d'épaisseur variable. L'aspect général est donc très irrégulier et rappelle, suivant une heureuse comparaison d'Atlée, celui des cavités du cœur. »

Comment alors expliquer la présence du fibrome à la base de notre kyste? De la manière la plus simple. Le kyste, qui est né dans la paroi même de l'utérus, a entraîné avec lui, en se développant, une épaisse couche de fibres musculaires lisses. Il est donc parfaitement plausible qu'un fibrome se soit développé dans un point de la poche à partir de ces fibres musculaires, de la même façon qu'il serait né dans l'épaisseur même du muscle utérin.

Les kystes séreux ont été décrits par PÉAN. Ils sont nombreux, très petits, ronds, à parois minces. Leur

(1) PIQUAND, Thèse de Paris 1905.

contenu est séreux. Ils sont disséminés sur le fond de l'utérus. On constate souvent sur la peau la présence de sudamina. Ils sont le plus souvent sessiles, et on les voit par transparence à travers le péritoine. Ils grandissent rarement et sont, dans l'ensemble, très caractéristiques.

Les kystes lymphatiques signalés par KOEBERLE, KLEBS, étudiés par LÉOPOLD et FEHLING, sont ou profonds, ou superficiels, formés de tissu dense, conjonctif, et revêtus à l'intérieur d'un endothélium; ils contiennent un liquide clair, transparent, qui se coagule à l'air et qui n'est autre que de la lymphe.

Les kystes hydatiques, primitifs ou secondaires, sont rares et bien caractérisés du point de vue anatomique. Ils contiennent souvent des echinocoques.

Les kystes dermoïdes utérins sont exceptionnels, se développent dans le tissu périutérin et sont épidermiques.

Les kystes hématiques sont en général produits par un processus de réaction qui cherche à délimiter une extravasation sanguine à la suite d'un traumatisme, en s'établissant dans l'intimité du tissu utérin. Ce sont des cavités limitées par une membrane néoformée parfaitement close, qui ne secrète pas.

D'où vient notre kyste? De ce que nous avons dit brièvement sur les origines de l'utérus, nous pouvons penser que ce kyste provient d'un vestige du canal de Müller. En effet, il siège sur le fond de l'utérus, légèrement en arrière et sur la ligne médiane. Un kyste né aux dépens du canal de Wolff eût été situé à la partie latérale et haute de la cavité utérine. Au contraire, un kyste développé sur des vestiges du

canal de Gaërtner se fut trouvé à la partie latérale basse, isthmique, juxta-cervicale.

Contre ce diagnostic de kyste embryonnaire, on pourra nous objecter l'absence complète, dans la paroi du kyste, de la couche épithéliale interne. Nous ne pensons pas que ce soit une objection irréfutable. L'absence d'épithélium n'est pas rare, et nous serons, sur ce point, de l'avis de Maccabruni : « Il peut aussi arriver, écrit-il, qu'à la suite de processus inflammatoires ou irritants, ou bien par une compression exagérée de la part du liquide, l'épithélium tombe ».¹

Il est curieux de noter que la première des deux pièces opératoires de M. CHIFOLIAU, rapportées ci-après, présente deux points de ressemblance avec la nôtre : même présence d'un fibrome, même absence de la couche épithéliale interne. Ce qui n'a nullement empêché M. CHIFOLIAU de penser que son kyste était d'origine embryonnaire.

(1) MACCABRUNI, *Per la migliore conoscenza dei tumori cistici dell' utero*. (Ann. d. Ost. e Gyn. Anno XLIV 31 marzo 1922).

DEUX PIÈCES OPÉRATOIRES DE M. CHIFOLIAU

Chirurgien des Hôpitaux ¹

(Observation II).

Cas n° 1

A) EXAMEN MACROSCOPIQUE

« La pièce est constituée par un énorme kyste pédiculé. Le pédicule, sectionné, est arrondi et mesure trois à quatre centimètres de diamètre. En arrière de ce point d'implantation, on voit inclus dans la paroi un gros fibro-myome ovoïde, à grand axe horizontal, mesurant douze centimètres sur huit centimètres.

La paroi externe du kyste est lisse sur toute sa face postérieure, rugueuse et dépolie sur toute sa face antérieure, adhérente.

La paroi interne est lisse et supporte de loin en loin des fausses membranes rouges brunâtres peu adhérentes.

La paroi du kyste est épaisse de trois millimètres à un centimètre, suivant les points. »

B) EXAMEN MICROSCOPIQUE

« La paroi du kyste est constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses, contournés et entrelacés comme ceux de l'utérus. Vers la face interne de la

(1) CHIFOLIAU, *Les grands kystes de l'utérus*. (Le Progrès Médical, 25 mars 1911).

paroi, les fibres se raréfient et sont séparées de plus en plus par du tissu conjonctif lâche.

Le tissu conjonctif s'arrête net à un certain niveau et forme à lui seul et sans revêtement épithélial la limite de la cavité kystique.

En plus des cellules conjonctives, on voit près de cette limite interne de nombreux macrophages bourrés de produits puriques.

Cette limite interne si nette et le tissu conjonctif qui la constitue rappellent de tous points le chorion du kyste suivant. Il est très vraisemblable qu'elle était recouverte, elle aussi, d'un épithélium cylindrique qui a complètement disparu. »

Cas n° 2

A) ÉTUDE MACROSCOPIQUE

« Le kyste, parfaitement sphérique, et d'environ dix centimètres de diamètre, présente une surface extérieure lisse, au-dessous de laquelle on voit de nombreuses arborisations vasculaires.

Au voisinage du pédicule, est appendu un kyste secondaire d'environ trois centimètres de diamètre.

Après ouverture de la poche, on constate que les deux kystes communiquent l'un avec l'autre par un large orifice.

La paroi est d'épaisseur très régulière : trois millimètres environ. Sa face interne est légèrement mamelonnée. »

B) EXAMEN MICROSCOPIQUE

« Au microscope, on constate que la paroi est revêtue d'un épithélium cylindrique très riche en cellules vibratiles et en tout semblable à celui de la trompe.

Cet épithélium repose sur un chorion lâche et mince où l'on aperçoit çà et là des fibres musculaires plus ou moins nombreuses au fur et à mesure que l'on se rapproche de la face péritonéale.

Au voisinage de celle-ci, les fibres musculaires s'ordonnent en faisceaux compacts séparés par du tissu conjonctif. L'aspect est identique à celui du muscle utérin. »

ORIGINE

« Dans le deuxième cas, le kyste uniloculaire, mais un peu bosselé, à contenu séreux, à parois minces, tapissé sur sa face interne d'un épithélium à une seule couche, ressemble tout à fait à un kyste du ligament large. C'est dans la classification de MERCADE, un kyste embryonnaire.

Le kyste n° 1 est plus difficile à interpréter. Il est uniloculaire, à couleur hématique, dépourvu d'épithélium de revêtement sur sa face interne. De plus, il se complique d'un fibrome contenu dans sa paroi. »

M. CHIFOLIAU élimine alors, pour les mêmes raisons qui nous les ont fait éliminer nous-même à propos de notre observation, le fibrome dégénéré. Comme nous, il explique la présence de ce fibrome dans la paroi du kyste, par la présence antérieure dans cette paroi de fibres musculaires lisses utérines, et il

pense que l'absence d'épithélium à la paroi interne du kyste provient d'une précédente intervention et des hémorragies qui ont pu se produire ensuite à l'intérieur du kyste.

PIECE OPERATOIRE DE M. PRIBRAM¹

(*Observation III*)

EXAMEN MACROSCOPIQUE (Planches IV et V)

« On voit sur le fond de l'utérus, un kyste ayant la grosseur d'une tête d'adulte. La paroi de ce kyste fait suite à celle de l'utérus.

La trompe et le ligament large droits sont normaux. La trompe gauche et le ligament large du même nom sont plus haut et se trouvent implantés dans la paroi du kyste.

La coupe sagittale de l'utérus montre un corps de forme et de dimensions normales. La musculature du fond de l'utérus se prolonge dans la paroi du kyste et est disposée en pelure d'oignon.

Le contenu de ce kyste est un liquide jaunâtre, clair, riche en albumine.

(1) PRIBRAM, *Grosse Uterucyste*. (Arch. f. Gyn. Berlin, T. CXXIX, fasc. 2).



PLANCHE IV. — *Tumeur vue par l'avant.* — *a*) trompe gauche; *b*) ligament rond gauche; *c*) trompe droite (Arch. f. Gyn. T. CXXIX, p. 272).



PLANCHE V. — *Moitié gauche de l'utérus.* -- *a)* grand kyste;
b) petit kyste; *c)* cloison qui les sépare (Arch. f. Gyn.,
 T. CXXIX, p. 273).

La coupe de la tumeur montre une grande cavité kystique et un second kyste, beaucoup plus petit, gros comme un œuf d'oie et complètement séparé du premier par une paroi mince.

La surface interne des deux kystes est lisse. Seule la couche la plus interne du grand kyste montre des plissements par endroits, et se laisse détacher facilement. La surface de la tumeur est couverte d'une séreuse brillante et lisse.

A la face antérieure se trouve un petit myome gros comme un pois. »

EXAMEN MICROSCOPIQUE

« *La paroi extérieure* (planche VI) montre une couche de fibres musculaires disposée parallèlement à un épithélium. Par endroits se trouvent des étroites couches de tissu conjonctif disposé en fibres parallèles entre le revêtement épithélial et la couche musculaire. L'épithélium n'a qu'une seule couche et se compose de cellules cylindriques ou cubiques, avec de gros noyaux colorés en sombre. Il est garni d'une fine bordure de poils vibratiles.

La paroi de séparation (planche VI) entre le grand et le petit kyste, montre des fibres musculaires parallèles, montrant beaucoup de prolongements de tissu conjonctif. Sur le côté tourné vers le grand kyste, les cellules étaient cylindriques ou cubiques, avec un épithélium vibratile. Sur le côté correspondant au petit kyste, on voit des cellules considérablement aplaties, avec, à la base, un noyau plat. Là aussi se trouve un épithélium vibratile.



Paroi du kyste (on voit distinctement l'épithélium vibratile):

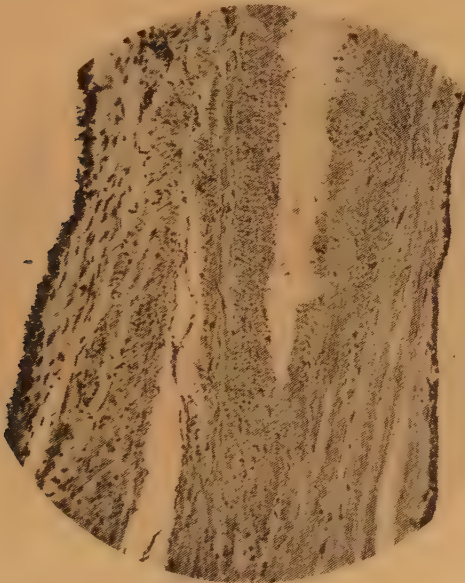


PLANCHE VI

Paroi entre le grand et le petit kyste
(Arch. f. Gyn., T. CXXIX, p. 274-275.)

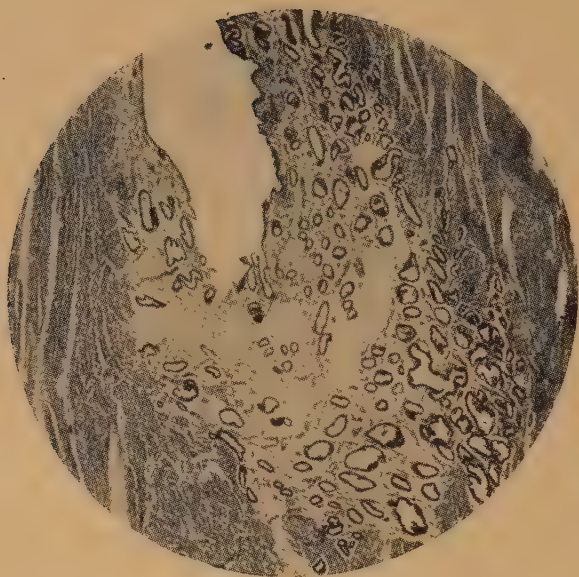


PLANCHE VII. — *Partie médiane du fond de l'utérus avec un îlot de muqueuse* (Arch. f. Gyn. T. CXXIX, p. 277).

Le fond de l'utérus (planche VII) montre des îlots glandulaires en rapport par un pont étroit avec la muqueuse de l'utérus. Ces glandes proliférantes et adenomateuses étaient médiantes, ne pullulaient nulle part vers les côtés et ne pouvaient être retrouvées vers la gauche. Elles étaient entourées de tissu montrant un haut épithélium cylindrique. Certaines parois des glandes étaient dilatées en forme de kystes ou longitudinalement.

Le reste de la musculature utérine était normale. »

ORIGINE

PRIBRAM envisage ensuite les trois origines possibles de ces kystes : soit de la trompe, soit du canal de Müller, soit du corps de Wolff. D'après le rappel embryologique succinct que nous avons fait avant ce chapitre, le cas décrit par Pribram rentre dans les kystes provenant du corps de Wolff, tant par sa situation que par son anatomie pathologique. C'est aussi la conclusion de l'auteur. « Etant donné, dit-il, que le kyste s'est développé surtout au-dessus du ligament rond et que l'origine primaire dans la région d'implantation de la trompe est vraisemblable, on doit le considérer sérieusement comme provenant des vestiges du canal de Wolff. »

PIECE OPERATOIRE DE MM. WITTENBURG ET SLATMANN¹

EXAMEN MACROSCOPIQUE

« C'est une tumeur grosse comme une tête d'enfant, constituée par un kyste sphérique, s'insérant par un pédicule à la face latérale droite de l'utérus, un peu au-dessus de l'isthme. L'utérus n'est pas gros et semble normal.

Le kyste est uniloculaire; le liquide qu'il contient est transparent, de couleur ambrée; l'examen de ce liquide ne put malheureusement être fait.

La surface interne du kyste est inégale : à la loupe, elle montre de petites saillies et de petits renforcements.

La paroi du kyste fait penser à une paroi de kyste de l'ovaire, surtout à la périphérie où elle atteint à peine un millimètre. Près du pédicule et de l'utérus, elle est plus épaisse et atteint un centimètre. »

EXAMEN MICROSCOPIQUE (Planche VIII)

« Sur la surface interne de la paroi du kyste, on voit de petits renforcements qui pénètrent dans le tissu sous-jacent. Toute la surface interne, de même que les renforcements, est recouverte d'un épithé-

(1) WITTENBURG et SLATMANN, *Uterucyst.* (Zent. f. Gyn. Leipzig. An. LIII. N° 38).

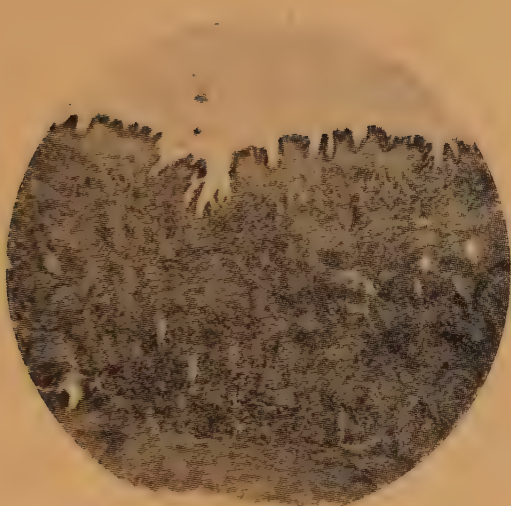


PLANCHE VIII

Coupe de la paroi du kyste utérin.

(Zent. f. Gyn., Leipzig, An. LIII, N° 38, p. 2428.)

lium cylindrique à une seule couche, relativement haute. Les cellules de l'épithélium sont aplaties sur les côtés. Le protoplasma est clair, avec de fines granulations. Les noyaux des cellules se colorent beaucoup à l'hématoxyline. Ils sont petits, serrés les uns contre les autres et se trouvent uniquement à la partie basse des cellules, mais à différentes distances de la base. Les noyaux forment tous ensemble une bande étroite d'un bleu sombre, qui passe à la base de la couche de cellules.

La couche de l'épithélium cylindrique repose sur une trainée étroite de tissu conjonctif riche en noyaux de taille modérée (trainées sub-épithéliales de tissu conjonctif).

Là-dessous se trouve une couche deux ou trois fois plus épaisse de tissu conjonctif ferme. Les fibres du tissu conjonctif sont épaissies et hyalinisées. Dans la dernière couche se trouvent des fibres de cellules musculaires lisses qui forment la couche musculaire.

Les fibres musculaires se trouvent principalement dans la couche de tissu conjonctif solide et à quelques endroits seulement, on peut les voir pénétrer dans la couche sub-épithéliale.

Les fibres musculaires lisses, qui forment la masse principale de la couche musculaire, se dispersent en différentes directions que l'on peut ramener à deux directions principales, qui se dirigent vers la poche du kyste d'une façon circulaire et en même temps perpendiculaire l'une sur l'autre. Ces deux couches peuvent être vues partout, même aux endroits les plus minces de la préparation.

En plus de ces deux couches, en plusieurs endroits et en quantité différente, on trouve un système de

fibres musculaires disposées très irrégulièrement. Cette troisième couche musculaire est surtout développée aux parties épaisses de la tumeur, spécialement au pédicule.

Toutes ces couches musculaires rentrant dans la constitution de la paroi du kyste ne sont pas entièrement cohérentes; leur cours est plus ou moins interrompu. En effet, entre des îlots de tissu musculaire, se trouvent des espaces, d'importance variable, de tissu conjonctif.

L'ensemble du système musculaire, qui se compose de deux, et par endroits, de trois couches, peut être considéré comme un filet de muscle à mailles, filet qui entoure de tous côtés le kyste et qui est susceptible de se contracter. C'est par des contractions de ce genre, sans doute, que se sont produits les renforcements revêtus d'épithélium cylindrique qui ont été décrits plus haut.

La répartition des vaisseaux sanguins est la suivante. Ils sont surtout vastes et nombreux dans les endroits les plus épais de la paroi (pédicule). Leurs parois sont épaisses. Aux autres endroits, ils sont plus fins, moins nombreux et se trouvent principalement dans la couche de tissu conjonctif solide. On peut voir aussi, dans la bande sus-épithéliale, de petits vaisseaux isolés.

Contiguë exactement aux couches musculaires, se trouve une fine couche de tissu conjonctif lâche, sous-séreux, à la surface de laquelle on peut voir par endroits des cellules endothéliales isolées, migratrices (revêtement péritonéal).

Le tissu élastique se présente aussi comme de minces fibres isolées qui s'en vont dans la couche de

tissu conjonctif solide. La couche sous-séreuse est un peu plus riche en fibres élastiques. A la limite de celles-ci avec la couche solide sous-jacente, les fibres élastiques en s'entrelaçant les unes et les autres, forment des vaisseaux distinctement visibles, plus épais, qui se dispersent dans le sens de la longueur. »

ORIGINE

WITTENBURG et SLATMANN terminent ainsi leur long exposé histologique : « En résumé, la paroi du kyste montre une structure bien déterminée. On peut voir à partir de la poche, et en allant de l'intérieur vers l'extérieur :

1° Une couche épithéliale cylindrique qui revêt la poche à l'intérieur;

2° La bande sus-épithéliale de tissu conjonctif modérément solide;

3° Une couche de tissu conjonctif solide contenant le système musculaire se composant de deux à trois couches;

4° Une bande sous-séreuse, étroite, de tissu conjonctif lâche, qui est couverte de cellules endothéliales et riches en fibres élastiques.

La structure du pédicule est uniforme : système de faisceaux musculaires épais, entrelacés avec de gros vaisseaux aux parois épaisses. Dans le pédicule, on ne voit pas non plus de formations glandulaires.

De cette façon, l'image morphologique et la topographie de la tumeur parlent en faveur d'un kyste développé aux dépens du canal de Gartner. »

PIECE OPERATOIRE DE M. LE PROFESSEUR JEANNENEY ¹

EXAMEN MACROSCOPIQUE

« On est en présence d'un utérus fibromateux dont le fond est constitué par une masse fibreuse du volume d'un œuf d'autruche, rénitente. A l'ouverture s'écoule un liquide eau de roche du type liquide de kyste du parovaire ou de kyste hydatique. »

EXAMEN MICROSCOPIQUE

« C'est une poche doublée d'une armature fibreuse, dense, faisant corps avec un utérus fibromateux. La poche ne présente pas les caractères d'un kyste endométrioïde, pas de chorion cytogène, pas de tunique externe léio-musculaire. Elle est revêtue d'un épithélium cylindrique très haut, à noyau long, oblong, plutôt dirigé vers le bord apical que basal. Pas de cils. La recherche de la muciparité a donné un résultat négatif. C'est un kyste par dysembryoplasie. » (Prof. SABRAZES).

ORIGINE

Après avoir fait un tableau concis de la situation et de l'origine des kystes — tableau dont nous nous inspirerons dans nos conclusions — M. le Professeur JEANNENEY conclut en ces termes : « Il s'agit probablement ici d'un kyste d'origine müllérienne. »

(1) JEANNENEY, *Kystes de l'utérus*. (Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O., nov. 35).

ÉTUDE CLINIQUE

I. — OBSERVATION PERSONNELLE

Madame X..., âgée de 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Rennes dans le service de M. le Professeur MARQUIS, pour tumeur abdominale, le 10 janvier 1932.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Ses antécédents personnels ne sont pas chargés. Elle a eu la plupart des maladies de l'enfance : rougeole, coqueluche, varicelles. Régliée à 16 ans et toujours bien depuis, elle s'est mariée à 25 ans, a eu quatre enfants qui sont bien portants. Ses grossesses et accouchements ont été normaux. Elle n'a jamais fait de fausse-couche. Elle ne tousse pas. En un mot, elle a toujours joui d'une excellente santé. Voici deux ans, ses règles ont cessé.

C'est à peu près vers cette époque qu'elle s'est aperçue que son ventre grossissait. Au début, il n'y avait aucun trouble. Puis elle commence à maigrir, le ventre continue à grossir, devient énorme et la gêne considérablement. Elle a une grosse dyspnée d'effort. Elle se décide alors à consulter et rentre dans le service avec le diagnostic de kyste de l'ovaire.

A l'inspection, la disproportion entre la distension énorme de l'abdomen et la maigreur de la malade est frappante. Elle présente ce que SPENCER WELLS

a nommé « le faciès ovarien » : amaigrissement de la face, exagération des lignes et des traits, air de crainte et d'appréhension.

Le ventre fait penser à l'abdomen d'une grossesse aux environs du septième mois. Il fait une forte saillie en avant.

La palpation montre une tumeur remontant presque sous les fausses côtes. On sent facilement le signe du flot. Cette tumeur est mate, d'une matité convexe en haut, se déplaçant quand on fait mettre la malade dans le décubitus latéral droit ou gauche, sans toutefois que le côté opposé redevienne sonore; elle n'est pas rénitente, mais plutôt flasque. Le toucher vaginal ne peut faire sentir la tumeur. Cependant, le col utérin est légèrement remonté et difficilement accessible.

Il y a quelques phénomènes de compression : une constipation assez opiniâtre et surtout de l'œdème des membres inférieurs.

Les mictions ne sont pas troublées.

Les autres appareils semblent normaux. Pas de lésions pulmonaires, pas de lésions cardio-vasculaires. La tension artérielle est à 14-7 à l'appareil de Pachon, le pouls à 70. Il n'y a pas de sucre ni d'albumine dans les urines. On pense à un kyste de l'ovaire et l'intervention est décidée.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

Rachianesthésie qui sera bonne et assurera pendant toute l'opération une insensibilité complète.

Incision médiane d'abord assez courte (10 à 12 centimètres) que l'on agrandit jusqu'à l'ombilic après

avoir constaté la présence d'adhérences. On voit alors une poche de kyste, rougeâtre, ecchymotique, peu tendue très dépressible.

On ponctionne. Il s'échappe de la poche un liquide limpide très légèrement coloré en rouge. On en retire quatre à cinq litres et il en restera près de deux litres dans la poche. On attire celle-ci à l'extérieur et on voit qu'elle prolonge une masse qui semble être un fibrome s'implantant sur le bord supérieur de l'utérus par un pédicule gros et court. On écrase ce pédicule avec l'angiotribe et on sectionne après ligature.

On peut voir alors très nettement que les ovaires et les trompes sont parfaitement sains, et que ce kyste n'a aucune connexion avec eux. L'utérus semble normal. On réunit les deux tranches de section par des points séparés. L'hémostase se fait mal. Malgré nos fils un léger suintement sanguin persiste.

On décide alors l'hystérectomie qu'on pratique subtotale.

Les suites opératoires sont normales et vingt jours après son entrée à l'hôpital, la malade rentre chez elle.

On la revoit six mois après. Elle est complètement transformée et a repris de l'embonpoint. Elle ne se plaint de rien. La cicatrice est bonne. La malade nous déclare se porter « comme un charme ».

II. — OBSERVATIONS DE M. CHIFOLIAU, Chirurgien des Hôpitaux ¹

(Observation n° 1)

« T... Julia, femme A..., 35 ans, entre à la salle Gosselin, dans le service de M. Reynier, le 10 juin 1909, pour une grosse tumeur abdominale.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien d'intéressant. Ses parents sont bien portants.

Madame A... n'a eu comme maladie importante, à l'âge de 21 ans, qu'une broncho-pneumonie qui dura deux mois. Après cette broncho-pneumonie, la malade, pendant deux ou trois ans, toussa l'hiver, mais n'eut jamais d'hémoptysie.

Elle a été réglée pour la première fois à 15 ans. Ses règles ont toujours été régulières, non douloureuses, d'abondance normale.

Mariée à 22 ans, elle a eu un enfant à 23 ans. Cet enfant — une fille, actuellement âgée de 14 ans — est scoliotique. Pas de fausse-couche.

En octobre 1908, Madame A... s'aperçut que son ventre grossissait. Il y avait le soir au-dessus de son corset, un gros bourrelet, qui, le lendemain ~~matin~~, avait disparu.

(1) CHIFOLIAU, *Les grands kystes de l'utérus*. (Le Progrès Médical, 25 mars 1911).

En janvier 1909, elle consulta un médecin qui fit le diagnostic d' « hydropisie » et mit la malade au régime lacté. En dépit de ce régime, le ventre continua de grossir, et même assez rapidement. La malade me fut conduite à la consultation de chirurgie de Lariboisière au mois de juin 1909.

A ce moment, la malade très amaigrie, pâle, les traits tirés, les yeux cernés et enfoncés dans les orbites, présentait une énorme augmentation du ventre qui rendait la marche très pénible et la respiration haletante.

Quand la malade est dans le décubitus dorsal, le ventre s'étale sur les parties latérales, l'ombilic est élargi. Sous la peau de l'abdomen se dessine un abondant réseau de petites veines.

A la palpation le ventre est dépressible. La fluctuation est parfaite : par la chiquenaude on se renvoie très aisément le flot d'un côté à l'autre. Le liquide paraît sous une faible tension.

A la percussion, il y a de la matité partout. Dans le décubitus latéral, toute la masse liquide semble se déplacer du côté du décubitus, mais le flanc opposé ne devient pas sonore.

Au toucher vaginal, le col utérin est élevé; le corps est senti dans le cul-de-sac postérieur, en rétroversion. Il est impossible par le toucher combiné au palper de sentir le fond de l'utérus. L'examen du reste du corps est négatif.

Il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, pas de troubles de compression du côté du rectum et de la vessie. L'auscultation du cœur et des poumons ne décèle aucune lésion de ces organes.

Le 18 juin 1909, dans la pensée qu'il s'agissait d'une ascite tuberculeuse, je fis une laparatomie sous-ombilicale. Sitôt le péritoine incisé, il s'écoule quinze litres de liquide brunâtre, hématique, plus foncé à la fin de l'évacuation, non filant.

Ce liquide était contenu dans une grande poche uniloculaire fusionnée complètement en avant avec le péritoine pariétal.

J'explorai rapidement le fond de cette poche qui présentait çà et là des placards de fibrine jaunâtres, rugueux, larges de plusieurs centimètres, mais nulle part de végétations ni de granulations tuberculeuses.

Étais-je dans une cavité kystique ou dans une loge de péritonie enkystée? En aucun point je ne perçus, à nu, l'épiploon ou l'intestin.

Très perplexé, je refermai en un seul plan toute la paroi, sans drainer, bien décidé à intervenir de nouveau en cas de récurrence ou d'accidents septiques.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le ventre resta plat, il n'y eut pas de réaction thermique, et la malade quitta l'hôpital le 8 juillet 1909, se croyant guérie.

Dans la suite, Mme A... vint se soumettre à plusieurs reprises à mon examen.

Le 25 octobre 1909, quatre mois après l'opération, on sentait au-dessus du pubis, à mi-chemin de l'ombilic, une tumeur dure, irrégulière, bosselée, mate à la percussion, du volume du poing.

En mars 1910, de nouveau, le ventre se mit à grossir. La tumeur dure que j'avais sentie précédemment avait notablement augmenté. À côté d'une zone dure, il y avait, du côté droit, une zone molle et fluctuante.

Cette zone fluctuante grandit rapidement.

La malade rentra pour la deuxième fois à la salle Gosselin, en mai 1910.

Le ventre était alors moins gros qu'en juin 1909. La palpation limitait une tumeur qui remontait au-dessus de l'ombilic. De contours irréguliers, de consistance inégale, indurée en arrière de la cicatrice opératoire, partout ailleurs fluctuante et molle, elle était peu mobile dans le sens latéral et entourée dans l'épigastre et dans les flancs par la sonorité intestinale. Au toucher vaginal, l'utérus était en rétroversion.

Cette fois, sur le diagnostic de kyste de l'ovaire, et décidé à extirper la poche kystique, je fis une laparotomie large et surtout sus-ombilicale.

Je mis à nu, dans l'épigastre, le dôme du kyste, légèrement adhérent à l'épiploon. Je le ponctionnai et l'évacuai presque complètement. Il contenait du liquide hématique brunâtre. Sa face postérieure ne présentait aucune adhérence avec les viscères, mais toute sa face antérieure était fusionnée avec le péritoine pariétal et adhérait à la vessie. J'eus beaucoup de peine à la libérer aux ciseaux et au bistouri.

Aussitôt que la large surface d'adhérences antérieures fut dépassée, je vis que le kyste allait s'insérer par un pédicule du volume du pouce sur la face antérieure du corps de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane et au voisinage du fond de l'utérus.

L'utérus lui-même et ses annexes ne présentaient aucune lésion apparente.

Le pédicule du kyste fut transfixé par une aiguille et lié en deux moitiés au ras de l'utérus.

Je refermai le ventre en laissant un gros drain en arrière du pubis, dans la région où le kyste adhérait.

Trois jours après l'opération, de l'urine s'écoula par le drain hypogastrique, malgré une sonde vésicale à demeure. Cette sonde resta en place environ trois semaines.

La plaie abdominale se cicatrisa petit à petit, et Mme A... quitta définitivement Lariboisière fin juillet 1910.

J'ai revu Mme A... en janvier 1911. Elle a engraisé, se sent pleine de vigueur et a repris toutes ses occupations. Sa cicatrice abdominale est solide sauf au voisinage de l'ombilic où elle s'est élargie. Au toucher vaginal, le col est un peu gros et mou. Le corps senti à deux travers de doigt au-dessus du pubis paraît un peu gros, mais régulier. Son fond est incliné à droite. »

OBSERVATION N° 2

« Mme B..., 33 ans, entre le 17 août 1910, salle Gosselin, pour tumeur abdominale.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Elle a été réglée la première fois à 14 ans et aurait eu à ce moment une hémiplégie.

Depuis les règles ont été régulières, non douloureuses.

La malade n'a jamais eu de pertes blanches, ni de douleur pendant la miction.

Elle a eu trois grossesses. Son premier enfant est mort à un an de broncho-pneumonie. En 1906, il y a

quatre ans et demi, elle a fait une fausse couche de deux mois et demi pour laquelle je l'ai curettée, à la salle Elisa-Roy, dans le service du docteur Poirier.

Elle a une fille de deux ans et demi, bien portante.

La malade ne peut préciser le début de l'affection actuelle. Elle a remarqué seulement que depuis quelques mois, sans troubles de la menstruation, son ventre grossissait progressivement. Il y a environ quinze jours, elle a ressenti quelques douleurs et est venue consulter à l'hôpital.

J'examine Mme B... le 17 août. L'inspection de l'abdomen permet de constater une voussure de toute la partie sus-ombilicale du ventre, plus accusée à gauche de la ligne médiane.

A la palpation, on délimite nettement une tumeur de contours à peu près réguliers, de surface lisse, remontant à quatre travers de doigt de la symphyse pubienne, s'avancant jusqu'à la ligne médiane et même la dépassant, et empiétant à gauche sur la fosse iliaque.

Cette tumeur a une consistance rénitente, élastique; elle est mobile dans le sens transversal, mate à la percussion, entourée par la sonorité intestinale. Au toucher vaginal, le col utérin est remonté, son orifice regarde en avant; le corps utérin est en rétroversion et repoussé à droite : on le sent dans le cul-de-sac droit. La tumeur fluctuante occupe le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac gauche; on la délimite très bien par le toucher combiné au palper abdominal et on la sépare du fond de l'utérus qui est repoussé à droite.

Les mouvements imprimés à la masse abdominale ne se transmettent pas au col, de même de légères

secousses imprimées au col ne se communiquent pas à la tumeur abdominale.

Dans la position inclinée de Trendelenbourg, la tumeur abdominale gauche devient visible à distance, mais ne s'élève pas sensiblement et l'utérus reste en rétroposition.

L'examen clinique impose donc le diagnostic de tumeur latéro-utérine, de kyste de l'ovaire gauche.

Examen des autres organes : la malade ne tousse pas. Elle se plaint d'avoir eu des accès de bradycardie accompagnés de dyspnée. L'auscultation du cœur est négative.

Ces troubles cardiaques sont à mettre sur le compte des troubles gastro-intestinaux qui existent encore actuellement. Mme B... n'a pas d'appétit; après le repas, elle souffre de pesanteurs et de flatulences.

A la percussion l'estomac est moyennement dilaté. L'intestin est paresseux. La malade ne va à la selle qu'avec des purgatifs ou dès lavements. De temps en temps, elle a des selles glaireuses et des douleurs d'entérite muco-membraneuse.

C'est à la dyspepsie gastro-intestinale qu'il faut rattacher la fatigue constante dont se plaint notre malade et l'amaigrissement survenu depuis quelque temps.

La malade est opérée le 19 août 1910 sous l'anesthésie chloroformique.

Aussitôt le péritoine incisé, j'aperçois une tumeur de coloration rosée parcourue à sa surface par de nombreux vaisseaux. La tumeur, arrondie, de volume d'une tête de fœtus à terme, remplit le cul-de-sac vésico-utérin, refoule en arrière et cache complète-

ment l'utérus. Le kyste est vidé à siccité par l'aspiration. Le liquide qui s'en découle est clair, légèrement onctueux.

Le kyste s'implante sur la face antérieure du corps de l'utérus, à peu de distance du cul-de-sac de réflexion du péritoine, par un pédicule du volume du pouce, arrondi, court, résistant. Ce pédicule est traversé par un double fil, lié à deux moitiés et sectionné au ras de l'utérus.

L'utérus, les trompes et les ovaires paraissent absolument sains.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires absolument simples.

La malade sortait de l'hôpital le 15 septembre 1910.

Elle a été revue en octobre.

La cicatrice est solide, l'utérus mobile, non douloureux. Mme B... a un peu engraisé, mais souffre encore de l'estomac. »

III. OBSERVATION DE M. PRIBRAM¹

« Notre malade est âgée de 45 ans, sans antécédents pathologiques. Elle a été réglée à quatorze ans et demi, toujours régulièrement et sans douleurs. Depuis six mois, elle se plaint de métrorragies modérées. Mariée depuis vingt-cinq ans, elle a eu un seul enfant et n'a jamais fait de fausse couche.

(1) PRIBRAM, *Grosse Uterucyst.* (Archiv. f. Gyn. 1927, p. 271).

Il y a quelque temps, elle s'aperçoit d'un petit furoncle à la grande lèvre gauche. Elle consulte son médecin qui trouve une grosse tumeur de la sphère génitale.

L'inspection montre une légère asthénie. L'abdomen est poussé en avant par une tumeur grosse comme une tête d'adulte, renitente, dépassant l'ombilic de deux travers de doigt.

Au toucher vaginal, on ne peut délimiter l'utérus de la tumeur, dans laquelle le col se prolongeait directement. On hésite entre le diagnostic de tumeur kystique de l'utérus et celui de kyste de l'ovaire.

On opère le 5 octobre 1925. On voit une tumeur kystique faisant corps avec l'utérus. Elle contracte de nombreuses adhérences avec l'intestin et le péritoine pariétal.

Les annexes présentent des lésions de salpingite et adhèrent au cul-de-sac de Douglas.

Hystérectomie totale.

Suites opératoires normales. La malade s'en va en bonne santé quatorze jours après l'intervention. »

IV. — OBSERVATION DE MM. WITTENBURG ET SLATMANN ¹

« B. O., âgée de 30 ans, s'est mariée en 1920. Elle n'a jamais eu d'enfant. Elle consulte le 16 août 1928 à cause d'une augmentation progressive du ventre qui

(1) WITTENBURG et SLATMANN, *Kyste de l'utérus*. (Zentr. f. Gyn. 1929, p. 2425).

fut découverte à l'occasion d'un examen gynécologique fait pour cause de stérilité. Elle a été réglée à quatorze ans et toujours mal. Les règles sont rares, complètement indolores. Les dernières datent du 16 juillet 1928.

En 1924, à l'occasion d'une ménorragie, elle a consulté; on porte un diagnostic de kyste de l'ovaire droit de la grosseur d'une mandarine.

Les organes génitaux externes sont normaux. Le toucher vaginal montre un utérus anté-fléchi, de dimensions normales, poussé en avant et à gauche.

En avant et à droite, on peut sentir une tumeur sphérique, libre, non douloureuse, de la grosseur d'une tête d'enfant, de consistance élastique. On ne peut sentir les annexes. Il n'y a pas de sécrétion anormale.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire droit est posé.

Le 17 août 1928, on pratique la laparatomie.

La tumeur est adhérente à l'épiploon et n'a pu être extraite qu'après avoir été libérée de ses adhérences. Notre impression à ce moment fut que nous avions affaire à un kyste habituel de l'ovaire. Mais à notre stupéfaction, il se révéla que cette poche kystique appartenait à la matrice à laquelle elle était reliée par un pédicule de la grosseur du petit doigt et de deux centimètres de longueur. Le pédicule part de la face latérale droite de l'utérus, un peu au-dessus de l'isthme. La tumeur, de la taille d'une tête d'enfant, est complètement mobile sur son pédicule. La face externe est lisse et brillante; la consistance est irrégulière, passablement ferme dans la partie touchant le pédicule, et rénitente aux autres endroits; la paroi à ces places est amincie. De plus elle est nettement fluctuante.

Le ligament rond droit se trouve reporté vers le centre et croise le pédicule.

Le revêtement séreux est partout lisse.

Les annexes sont normales, excepté l'ovaire droit qui est gros comme un œuf de poule et kystique.

On extirpe la tumeur et l'ovaire droit.

Les suites opératoires sont normales. La malade quitte l'hôpital le 27 août en bon état. En outre, après l'opération, les règles deviennent régulières. »

V. — OBSERVATION

DE M. LE PROFESSEUR JEANNENEY ¹

« Mme D..., 45 ans. Ménorragies. Pertes blanches abondantes non hydorrhéiques. Digestions difficiles depuis quelque temps. A maigri, mais a remarqué que son ventre grossissait. Lassitude. Un peu de dyspnée d'effort.

A l'examen, gros utérus lisse à fond un peu mou, remontant à l'ombilic. On pense à un fibrome en évolution.

Le 4 février 1935, hystérectomie totale.

Suites tout à fait normales.

Lever au cinquième jour.

Exéat le douzième jour. »

(1) JEANNENEY, *Kystes de l'utérus*. (Journal de Médecine de Bordeaux et du S.-O., nov. 1935).

Origine, Structure, Siège

Si l'on envisage le nombre considérable que doit être celui des laparatomies pratiquées, depuis que la chirurgie abdominale existe, à l'occasion d'affections des voies génitales féminines — fibromes utérins, kystes de l'ovaire, néoplasmes du corps de l'utérus, etc... — on est forcé de constater que les grands kystes vrais de l'utérus sont des raretés.

En effet, les recherches que nous avons faites à l'occasion de ce travail nous apprennent qu'entre 1906, époque à laquelle on envisage sérieusement l'existence des kystes utérins congénitaux, et 1936, vingt-neuf cas seulement ont été l'objet de publications. Sur ces vingt-neuf cas, dix-neuf nous sont rapportés par les auteurs allemands, un par les italiens, un également par les américains, deux par les brésiliens, deux par les anglais, quatre par les français. Si l'on ajoute à ces chiffres le cas que nous rapportons, nous arrivons, pour une période de trente années, à un total de trente observations, soit une moyenne d'un cas par an !

Faut-il, pour cela, dire avec LEGUEU que « ce sont là discussions purement philistines; il est impossible d'essayer une description des kystes de l'utérus. Tous les cas observés rentrent dans la catégorie des myomes transformés. » ¹ ?

(1) LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU, *Traité de Gynécologie*, p. 837.

D'après l'étude que nous venons d'en faire, nous ne le pensons pas. Les cas — particulièrement bien étudiés du point de vue histologie pathologique par PRIBRAM et WITTENBURG-SLATMANN — prouvent l'existence des grands kystes congénitaux. Ce dont il faut convenir, c'est qu'ils sont extrêmement rares.

Les résultats des examens microscopiques que nous avons cités, les études faites sur ce sujet par VAUTRIN, FRANKL, DARDANELLI, MACCABRUNI, STANCA, nous permettent de penser qu'invariablement la paroi de ces kystes est constituée, quelle que soit leur origine, par deux couches de tissus : l'une, externe, fibro-musculaire, la seconde interne, épithéliale. Parfois, dans les kystes pédiculés, peut se voir une couche péritonéale, comme dans le cas de WITTENBURG et SLATMAN (Observation IV).

La couche fibro-musculaire est riche en fibres musculaires lisses, longitudinales, circulaires, disposées en couches concentriques, parfois en oignon. Le tissu conjonctif est lâche et pauvre en cellules. Il s'entrelace avec les faisceaux musculaires. On y voit parfois des fibres élastiques. Le pédicule, lorsqu'il existe, a une structure analogue.

Seul, l'épithélium varie suivant l'origine. Le plus souvent, il est constitué par une seule assise de cellules cylindriques hautes. Toutefois, il a été trouvé dans certains cas de l'épithélium cubique et de l'épithélium pavimenteux stratifié. Il peut arriver qu'à la suite de processus inflammatoires ou irritants, ou bien par une compression liquidienne exagérée, l'épithélium tombe. Souvent, il sera possible d'en retrouver quelques résidus dans un repli de la face interne du kyste pour témoigner de la vraie nature

de la formation; mais dans d'autres cas, le nôtre et l'observation N° 1 de M. CHIFOLIAU, il a été complètement impossible de retrouver la moindre trace d'épithélium, et l'on est alors obligé, pour poser un diagnostic vraisemblable, de se baser :

1° Sur l'aspect macroscopique de la pièce, afin d'éliminer les autres tumeurs, bénignes ou malignes, de l'utérus;

2° Sur sa topographie, pour en déterminer l'origine wolffienne, mullérienné ou gärtnerienne.

Le plus souvent, cet épithélium de revêtement portera des cils vibratiles s'il est d'origine wolffienne et en sera dépourvu s'il est né aux dépens de vestiges des canaux de Muller ou de Gärtner.

Est-ce à dire que les parois des grands kystes congénitaux seront toujours revêtus de tel ou tel épithélium correspondant à telle ou telle origine ? Non. En effet, comme le fait remarquer VAUTRIN, des rudiments wolffiens et mullériens enfermés dans la même gangue fibro-musculaire peuvent concourir ensemble à la formation de ces productions morbides.

Macroscopiquement, la paroi de ces kystes, ainsi que nous l'avons vu dans les cas précités, a une épaisseur variée. Epaisse de un à deux centimètres aux environs du point d'insertion, elle est mince d'un ou deux millimètres aux points les plus éloignés.

Le kyste est le plus souvent uniloculaire.

Cependant, FRANKL trouva deux kystes invaginés l'un dans l'autre, et PRIBRAM de même (Observation III). Il est de dimensions variables, le plus souvent assez gros, puisque, comme nous le verrons tout à l'heure, c'est seulement lorsque l'excès de

dimensions provoque des troubles que l'intervention est décidée, sur un diagnostic faux d'ailleurs. Ces dimensions peuvent aller de la tête d'enfant à celles d'un utérus à terme, et même plus, puisque nous avons vu que, dans le premier cas, de M. CHIFOLIAU, il s'écoula hors du kyste quinze litres de liquide.

Ce liquide est clair ou hématique, séreux ou séromuqueux. Quelquefois, il a été trouvé rougeâtre, ou brunâtre, à cause des hémorragies plus ou moins importantes qui s'étaient produites à l'intérieur du kyste.

Ces kystes ont un point d'implantation différent suivant qu'ils sont nés -aux dépens de tel ou tel vestige embryonnaire.

Leur topographie sera aisément comprise, puisque nous avons eu soin de rappeler brièvement la formation embryogénique de l'utérus :

1° Les kystes wolffiens siégeront à la partie latérale et haute de la cavité utérine;

2° Les kystes müllériens auront leur siège sur la partie médiane du corps de l'utérus, soit sur le fond, soit sur les faces antérieure ou postérieure;

3° Les kystes nés aux dépens du canal de Gaërtner auront leur point d'implantation sur la partie latérale basse, isthmique, juxta-cervicale de l'utérus.

Symptomatologie, Diagnostic, Traitement

Cliniquement, ces kystes sont ignorés pendant très longtemps. PRIBRAM a découvert le sien à l'occasion d'un examen pour furoncle d'une des grandes lèvres (Observation III); WITTENBURG et SLATMANN lors d'un examen pour cause de stérilité (Obs. IV). Le plus souvent, ce n'est pourtant pas le hasard qui les dévoile, mais l'augmentation progressive du ventre qui suit l'augmentation du volume du kyste. Tant que le kyste, de petite taille, occupe la cavité pelvienne, pas de troubles; mais quand il en sort, il s'accompagne d'une symptomatologie qui est commune à nombre d'affection abdominales, génitales ou non : augmentation du volume du ventre, puis amaigrissement, troubles dyspeptiques, dyspnée d'effort, troubles de compression.

Le diagnostic clinique des grands kystes embryonnaires n'est jamais fait avant l'opération. Ils sont confondus avec les hydrosalpinx et les kystes ovariens : ils en ont, en effet, les mêmes signes physiques et fonctionnels. M. CHIFOLIAU, dans le premier des deux cas qu'il cite, avait pensé à une ascite tuberculeuse, tous les symptômes concouraient à ce diagnostic; STANCA fit de même. Mais l'erreur la plus commune est celle de confondre les kystes utérins avec les kystes de l'ovaire. C'est celle que nous fîmes et que firent avant nous, PRIBRAM, M. CHIFOLIAU

pour son deuxième cas, WITTENBURG et SLATMANN. M. le Professeur JEANNENEY avait pensé, lui, à un fibrome en évolution. A ce propos, M. CHIFOLIAU rappelle que le kyste ovarien habituel se développe dans le cul-de-sac postérieur. Il reste d'abord derrière l'utérus et le pousse de côté. A mesure qu'il augmente de volume, le kyste ovarien s'élève, tire l'utérus en haut, tout en le laissant en avant et de côté. La constatation d'une tumeur liquide flottante dans le cul-de-sac antérieur, indépendante de l'utérus, et le repoussant en rétroversion, serait au contraire en faveur d'un kyste possible de l'utérus.

Le diagnostic, vu la rareté de ces formations, est donc très difficile, et nous pensons, avec M. CHIFOLIAU, que dans certaines circonstances favorables, on aura le droit de penser à un kyste de l'utérus, mais qu'il sera impossible d'affirmer le diagnostic avant l'intervention.

La thérapeutique est simple : l'ablation du kyste sera faite dans tous les cas où l'utérus et les annexes sont normaux. Dans les autres cas, elle variera avec les affections concomitantes.

Le pronostic est très favorable. Les femmes chez lesquelles on a extirpé de pareilles tumeurs ont recouvré la santé et repris une activité complète. Toutefois, dans le cas cité par DWORZACK, l'épithélium du kyste se mit à proliférer d'une façon atypique donnant lieu à la formation de végétations cancéreuses ¹.

(1) DWORZACK. Archiv. f. Gyn. (Berlin, 20 sept. 1932), par M. le Professeur Pierre Mocquot, *Le grand kyste de l'utérus; kyste de la paroi utérine avec cancer*. (Journal de Chirurgie). T. XLI, p. 834.

CONCLUSIONS

I. — Les grands kystes embryonnaires de l'utérus sont une rareté, puisque sur une période de trente années, nous n'avons pu en découvrir que trente, tant dans la littérature française qu'étrangère.

II. — Il convient d'éliminer :

a) les dégénérescences kystiques des myomes et fibromes;

b) les sarcomes kystiques;

c) les kystes hématiques;

d) les kystes muqueux;

e) les kystes lymphatiques;

f) les kystes dermoïdes;

g) les kystes hydatiques.

III. — Seuls, doivent être considérés, les kystes qui, histologiquement, présentent une paroi constituée par :

1° Une couche externe fibro-musculaire;

2° Une couche interne épithéliale, c'est-à-dire qui naissent aux dépens de vestiges des canaux de Wolff, de Müller ou de Gaertner.

On peut les distinguer, soit :

1° Microscopiquement, par leur épithélium de revêtement qui dans les kystes wolffiens et gaertne-

riens est le plus souvent cilié, alors qu'il ne l'est pas dans les kystes müllériens; toutefois, il peut arriver qu'ils soient indifférenciables histologiquement, des débris des canaux de Wolff et de Müller ayant également contribué à leur formation.

2° Macroscopiquement, par leur siège qui est toujours le même pour une origine donnée :

- a) les wolffiens sont hauts et latéraux;
- b) les müllériens sont médians, sur le fond ou les faces antérieure ou postérieure de l'utérus;
- c) les gaertnériens sont latéraux, isthmiques, juxta-cervicaux.

VU

et permis d'imprimer,

LE RECTEUR

de l'Académie de Paris :

CHARLÉTY.

• VU :

Le Président de Thèse :

CUNÉO.

VU :

Le Doyen :

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMOS. — Verhandl. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Berlin. Zeitschr. f. Geburtsh u. Gynäk 58, 1906.
- AUGIER et FIEVEZ. — *Kystes de l'utérus et tumeurs kystiques de l'utérus*. (Journal des Sciences Médicales de Lille, T. XXXIV, n^{os} 3 et 4).
- ATLÉE. — *Volumineux kyste de l'utérus*. (Transac. of the Amer. Assoc. T. XIX, 1943).
- VON ARX. — Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäk, 79-52.
- BÉRARD et DUNET. — *Kystes et pseudo-kystes de l'utérus*. (Société de Chirurgie de Lyon, 19 fév. 1925).
- BONH. — *Ueber Erkrankung der Gartner'schen Gänge*. (Arch. f. Gynäk. Bd 21).
- BOURSIER. — *Précis de Gynécologie*. Paris 1908.
- BREUS. — *Über wahre epithelführende Cystenbildungen in Uterus-myomen*. (Wien : Deuticke 1894).
- CHIFOLIAU. — *Les grands kystes de l'utérus*. (Le Progrès Médical, n^o 12, 25 mars 1911).
- DARDANELLI (Turin). — *Les kystes de l'utérus*. (La Riforma Médica, T. XXVIII, n^o 38, 21 sept. 1912, p. 1048 à 1052).
- DELER. — *Les kystes non congénitaux de l'utérus*. (Montpellier. Thèse de 1913).
- DWORZACK. — *Le grand kyste de l'utérus ; kyste de la paroi utérine avec cancer*. (Arch. f. Gynäk, Berlin, Vol. CL, fasc. 3).
- FILEP et DUBRANDSKY. — *Rare case of uterine cyst*. (Orvosi hetil. 79, 818-822, 27 july 1935).
- FINK. — *Contribution à l'étude des kystes de l'utérus à point de départ dans le canal de Gaertner*. (Zent. f. Gyn., Leipzig, an. LIII, n^o 14, 6 avril 1929).

- FRANKL. — *Uterucyste*. (Archiv. f. Gynäk, T. XCIII, f. 3, 1911).
- *Uterucyste*. (Zentr. f. Gynäk., Leipzig, XXXVI, 603, 1912).
- GOMBERN. — *Ein Fall von grosser Uterucyste. Beitrag zur Kenntris der vom Gartnerischen Gang ausgehenden Missbildungen*. (Inaug. Diss., Breslau 1918).
- GRÉGOIRE et STELLA LAZARESCO. — *Kyste utérin primitif*. (Gynec. si Obstet., Bucarect, T. VI, n^{os} 5-6, juillet 29).
- HALBAN. — *Grosses Zystomyom des Uterus*. (Wien. Med. Wchnschr. 1918, LXVIII-911).
- HAMBLÉN. — *Large intramural cyst of uterus with report of case*. (Am. J. Ost. y Gyn. 31, 530-536).
- HELLIER. — *On a multilocular cystic of the uterus*. (The journal of Obstetrico and Gyn. of the British Empire. T. XXVI, n^o 2, 1914).
- HESSE. — *Kanischer Bertrag zur Kenntnis der Uterucysten*. (E. Ebering, 34 j. 8. Berlin 1913).
- HOWKINS. — *Inusual cyst of uterus*. (Proc. Roy. Soc. Med., 27 sept. 34).
- VON JASCHKE. — *Kystes de l'utérus*. (Soc. d'Ost. et de Gyn. de Vienne, 9 nov. 1909).
- JEANNE. — *Kystes de l'utérus*. (Normandie Médical, Rouen 1911, XXXVII).
- JEANNENEY. — *Kystes de l'utérus*. (Journal de Méd. de Bordeaux et du S.-O., nov. 35).
- JIANO. — *Kyste utérin. Hystérectomie. Guérison*. (Société de Chirurgie de Bucarest, 1908, 15 nov.).
- KAUFFMANN. — *Sur les fibromes lymphokystiques de l'utérus*. (Zent. f. Gynäk. Leipzig. An LV, 11 a).
- KLEIN. — *Kyste des rechten Wolff'schen Ganges*. (Zeitschrift f. Geburts und Gynäk, 1890).
- KNAUER. — Zentralblatt für Gynäkologie 1895 S. 498.
- KOSSMANN. — *Die Abstammung der Druseneinschlüsse in den Adenomyomen des Uterus und der Tuben*. (Archiv. f. Gynäk, 1897).

- KOVACKS. — *Cystic hypertrophic of neck of uterus.* (Zent. f. Gynäk. 52, 748-743).
- KUSTER. — *Grosse Uterucyste ; ein Beitrag zen Kenntn's der vom Gärtnerischen Gange ausgehenden Neubildungen.* (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk. Stuttgart 1917-18, LXXX).
- LABEY. — *Les dégénérescences des fibro-myomes uterins.* (Journal de Médecine et de Chirurgie pratique, Paris 1926, XCVII).
- LUTAUD. — *Kyste de l'utérus.* (Manuel de Gynécologie. Paris 1900).
- MACCABRUNI. — *Contribution à l'étude des tumeurs kystiques de l'utérus.* (Ann. di. Obst. e Ginec. Milan, T. XLIV, n° 3, mars 22).
- MARTELLA. — *Kyste sous-séreux du fond de l'utérus.* (Rivista de Chirurgia. Naples, n° 8, août 35).
- MASCIOTRA. — *Kyste Wolffien de l'utérus.* (Boletín de la Sociedad de Obstetrica y Gynecologia de Buenos-Aires, T. XI, n° 3, 14 juin 1932).
- MERCADE. — *Kystes et abcès de l'utérus.* (Paris, thèse 1906).
- R. MEYER. — *Über epitheliale Gebilde im Myometrium lei Feten und Kindern.* (Berlin 1899).
- Zeistchr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 42, 43, 44.
- Zeistchr. f. Geburtsh. u. Gynäk., 49 und Virchows Arch. f. Pathol. Anat. u. Physiol. 168, 250.
- *Über embryonale Gewebseinschlüsse in den weiblichen Genitalien und ihre Bedeutung für die Pathologie dieser Organe.* (Lubarsch-Ostertag, 9, III. Abt. S. 518, 1903. Zeistchr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 38, 238, 1898.
- Zentralblatt für Gynäkologie, 1919, N° 36. S. 745.
- MUSCATELLO. — *Delle formazioni cistiche dan residui del dotto di Wolff.* (Riv. Veneta delle Sc. Med. 1892).
- NEUMANN. — *Kyste utérin d'origine wolffienne.* (Revista Medica latina-americana, Buenos-Aires, an XIV, n° 159, déc. 28).
- ORLANDI et MEDA. — *Les tumeur kystiques et l'utérus.* (Revista sud-Americana de Endoch. Immun., y Quimiot., Buenos-Aires, an XV, n° 7, 15 juillet 32).

- OTTOW. — *Eine grosse solitaire uterucyste.* (Ztschr. f. Geburtsch. u. Gynäk. 94, 540, 554, 28).
- PILLIET. — *Les débris du corps de Wolff et leur rôle dans la pathologie des tumeurs.* (Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1889).
- PIQUAND. — *Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus.* (Paris, Thèse 1905).
- PRIBRAM. — *Grand kyste de l'utérus.* (Archiv. f. Gynäk., Berlin, T. CXXIX, Fasc. 2).
- RECKLINGHAUSEN. — *Die Adenomyome und Cystadenome der Uterus und Tubenwandung.* (Berlin 1896).
- RIEDER. — *Ueber die Gärtner'schen Cariale beim menschlichen Weibe.* (Arch. f. Path. Anat. von Virchow, Bd. 96, p. 100, 1884).
- SELIGA. — *Kyste utérin multiloculaire provenant des restes du canal de Wolff-Gärtner.* (Bratisl. Lekarské Listy, an VI, n° 9, juin 26, p. 626-629).
- STANCA. — *Kyste de l'utérus.* (Zentr. f. Gynäk., Berlin, an LII, n° 40, 6 octobre 28).
- STUBLER. — *Uterucysten.* (Zent. f. Gynäk., Leipzig, 1923, XLVII, 1068-1072).
- TALLEY. — *Report of a case of large cyst of the uterus.* (Tr. Med. Ass. Alabama, Montgomery 1914, 369-379).
- TEDENAT. — *Sarcomes kystiques de l'utérus.* (Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 1922, XI, 142-148).
- VAUTRIN. — *Considérations sur les tumeurs kystiques de l'utérus d'origine congénitale.* (Ann. de Gyn. et d'Obst., Paris 1913, XXXVIII, 323-327).
- WALTHER. — *Kystes du Conduit de Gärtner.* (Bulletin de la Société Anatomique de Paris, 1891).
- WITTENBURG et SLATMANN. — *Kystes Utérins.* (Zent. f. Gynäk, Leipzig, an LIII, n° 48, 21 sept. 29).
-

